Troisième Année N[os] 8 et 9 Novembre et Décembre 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France	**10** fr. par an
Étranger.	**12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & C[ie]

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Courtade.
8. Duplay.
9. Garnault.
10. Garrigou-Desarenes.
11. Gellé.
12. Gille.
13. Gouguenheim.
14. Hermet.
15. Jouslain.
16. Ladreit de Lacharrière
17. Lévi.
18. Lœwenberg.
19. Lubet-Barbon.
20. Luc.
21. Marage.
22. Martin.
23. Ménière.
24. Miot.
25. Potiquet.
26. Reynier.
27. Ruault.
28. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1893

Président............	Lœwenberg.
Vice-Président........	Ruault.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier............	Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général. Avenue de l'Opéra, 11*

Nos 8 & 9 TROISIÈME ANNÉE Novembre & Décembre 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 2 Novembre 1893

Présidence de M. Lœwenberg

Rupture par effort du conduit auditif externe Hémorrhagie persistante

Par A. Courtade, ancien Interne des Hôpitaux

Les hémorrhagies par le conduit auditif externe sont dues soit à des traumatismes, soit à des lésions pathologiques ou à des troubles nerveux.

Je n'insisterai pas sur les premières dont la pathogènie est facile à comprendre ; quant aux lésions pathologiques qui s'accompagnent d'otorrhagie, elles sont de nature variée, mais peuvent se ranger en deux classes ; dans l'une la sécrétion pathologique est simplement teinte en rouge par une très petite quantité de sang, dans l'autre le sang est extravasé en quantité plus ou moins considérable, mais toujours notable.

Dans la première classe nous rangerons les sécrétions sero-sanguinolentes ou puro-sanguinolentes, comme on les voit dans l'otite aiguë récente ou l'otorrhée avec polypes, granulations dans la caisse et le conduit auditif, les néoplasies malignes de cette région ; les abcès, furoncles du méat externe ; dans la deuxième classe il faut ranger les cas où l'écoulement est constitué par du sang presque pur, comme cela se présente dans les lésions ulcéreuses des gros vaisseaux peri-tympaniques, l'otite externe hémorrhagique constituée par l'éruption de vésicules à contenu sauglant, véritables bulles hémorrhagiques qui se rompent au bout de quelques jours, les hémorrhagies supplémentaires dans la caisse, la rupture spontanée de la membrane du tympan et celle du conduit auditif externe : je ne ferai que signaler les hémorrhagies qui surviennent chez certains névropathes où le sang transsude par les canaux excréteurs des glandes.

La déchirure spontanée du conduit auditif externe doit être d'une rareté extrême ; car on n'en trouve pas d'exemples dans les périodiques d'otologie et les classiques sont muets à cet égard.

En voici un exemple remarquable :

Le 19 septembre, vient se consulter un homme de 44 ans qui depuis la veille présente une hémorrhagie par l'oreille gauche. En sa qualité de sommelier, il avait la veille, à 5 heures du soir, soulevé un tonneau d'environ 250 à 300 kilogr. et l'avait maintenu dans cette position avec sa tête pendant qu'on plaçait des cales.

Tout à coup il ressent dans l'oreille gauche un léger claquement ; portant son doigt dans le méat externe, il le ramène couvert de sang ; l'hémorrhagie continue ainsi toute la nuit, malgré les injections froides qu'avait conseillées un médecin. Pendant que je l'interroge, il porte à chaque instant le mouchoir à son oreille pour l'essuyer ; c'est dire que l'otorrhagie est presque continue.

Après avoir désobstrué et nettoyé l'oreille, je constate sur la paroi inférieure du conduit auditif un point qui est le siège de l'hémorrhagie ; à peine ai-je essuyé avec un petit tampon d'ouate le point lésé, qu'une nouvelle goutte de sang vient perler à la surface du canal. La déchirure siège à la partie culminante de la courbure du conduit, c'est-à-dire près de la portion osseuse.

Il n'existe pas la moindre lésion du conduit auditif ni de la membrane du tympan qui puisse expliquer le siège de la déchirure par un lieu de moindre résistance.

Comme état général on ne peut que signaler des épistaxis qui ont persisté jusqu'à 22 ou 23 ans et une épistaxis peu abondante qui s'est produite il y a 5 ou 6 mois. En 1875, il aurait eu une congestion cérébrale sans gravité.

En dehors de ces incidents pathologiques, il s'est toujours très bien porté et n'a jamais eu de maladie d'oreilles ; on peut cependant soupçonner un certain degré d'alcoolisme, mais assez peu prononcé pour que les viscères ne soient pas atteints ; pas d'athérome.

Un tamponnement à la gaze iodoformée suffit pour arrêter l'otorrhagie.

Deux jours après, le malade revient pour se faire enlever le tampon de gaze ; il ne s'est pas écoulé, depuis, une seule goutte de sang. La plaie est complètement cicatrisée et ne se révèle que par une petite ligne rosée de quelques millimètres d'étendue.

Le creux sous-auriculaire n'est point douloureux, la mastication se fait saus la moindre difficulté.

La pathogénie de cette otorrhagie ne peut s'expliquer que par l'existence d'une dilatation vasculaire de l'une des artérioles qui parcourent le conduit auditif et qui s'est rompue sous l'influence d'un effort considérable. S'il était permis de tirer une déduction de cet accident, on pourrait exprimer la crainte que des altérations vasculaires semblables n'existent dans les centres nerveux et ne déterminent un jour des troubles fonctionnels mortels.

Note sur une variété rare de myxome nasal

Par le Docteur LUC

M. D..., âgé de 28 ans, habitant la province, vient nous demander conseil le 19 novembre 1892, au sujet d'une tumeur oblitérant complètement la fosse nasale gauche et dont le début remonte à plus de deux ans.

Le médecin habituel du malade, croyant d'abord à un simple polype, a essayé à plusieurs reprises, d'en opérer l'extraction avec un serre-nœud, mais chaque tentative s'est accompagnée invariablement d'une hémorrhagie si profuse que, soupçonnant une tumeur maligne, il a engagé le jeune homme à faire le voyage de Paris pour venir nous consulter.

M. D... est de haute taille et d'apparence robuste. La pâleur de son teint s'explique suffisamment par les récentes hémorrhagies qu'il vient d'éprouver.

L'inspection de son visage révèle un léger soulèvement de la paroi gauche du nez et de la région malaire correspondante, indiquant un commencement de déformation de la charpente osseuse.

La fosse nasale de ce côté est complètement obstruée par un néoplasme visible, même sans l'aide du spéculum, présentant bien l'aspect gélatineux du myxome, mais s'en distinguant par une coloration bleu foncé et par cette particularité, qu'au lieu de former une ou plusieurs masses arrondies et pédiculées, il est constitué par une masse diffuse peu mobile.

D'autre part, la simple exploration de la tumeur avec un stylet manié avec la plus grande douceur possible, donne lieu à un écoulement de sang si abondant, que nous sommes amené à partager les appréhensions de notre confrère de province.

Ces appréhensions, nous ne les dissimulons pas au père du jeune homme et nous lui laissons entrevoir la nécessité possible d'une intervention chirurgicale, avec opération préliminaire, dans le cas où une ou deux tentatives de notre part, par les voies naturelles, se seraient montrées inefficaces.

Prévoyant que ces tentatives seront laborieuses et s'accompagneront d'écoulements de sang copieux, nous renonçons à toute opération pratiquée chez nous et nous décidons le malade à entrer à la maison des frères hospitaliers de St-Jean-de-Dieu, où nous prenons rendez-vous avec lui pour le lendemain matin.

A la lumière d'une lampe ordinaire réfléchie par le miroir frontal, nous procédons donc dès le lendemain à une première séance opératoire à l'aide d'un serre-nœud armé d'un fil d'acier, l'expérience nous ayant appris que cette anse rigide se laisse bien mieux insinuer que l'anse de platine galvano-caustique et qu'elle n'expose pas plus à l'hémorrhagie, quand elle est serrée avec une grande lenteur. Nous ne pouvons d'ailleurs parvenir à isoler de lobe pédiculé distinct, et ce n'est qu'en exerçant un effort de pression que nous réussissons à engager une première portion de la tumeur dans notre anse. Malgré notre soin de serrer celle-ci lentement, les premiers effets de la section qu'elle opère, s'accompagnent d'un si copieux écoulement sanguin que nous préférons terminer rapidement la constriction, et tamponner sans retard la narine avec une bande de gaze iodoformée préparée à cet effet, et grâce à laquelle l'hémorrhagie est assez facilement arrêtée.

Au bout d'un quart d'heure, nous enlevons prudemment le tampon et nous avons la satisfaction de constater que l'écoulement sanguin a cessé. Cela nous donne l'espoir de pouvoir, pièce par pièce, enlever graduellement la totalité du néoplasme, à la condition de faire suivre chaque extraction d'un tamponnement rapide.

Nous réussissons effectivement dans cette première séance à extirper trois fragments ayant environ chacun les dimensions d'une noix, et après un tamponnement solide de la cavité nasale, nous remettons la continuation de notre intervention au lendemain.

Nous n'étions cependant pas sans appréhension relativement au résultat final de nos tentatives, étant donnée notre complète ignorance des limites et du plus ou moins d'adhérence du néoplasme aux parties voisines. N'arriverait-il pas un moment où, faute de pouvoir être insinuée entre la tumeur et les parois nasales, l'anse cesserait d'entamer la première ?

C'est en effet ce qui se produisit, dès le lendemain, lors de la reprise de nos tentatives. Nous apercevions à trois centimètres environ de la narine une masse compacte, immobile, dont nous ne pouvions plus réussir à engager aucune partie dans l'anse, et ce qui aggravait singulièrement la situation, c'est que chacune de nos tentatives donnait lieu à une reprise de l'hémorrhagie, nous forçant à tamponner la cavité nasale sans perdre un instant.

Avant toutefois d'abandonner la partie, nous résolûmes de procéder d'une autre façon. Une curette montée sur un manche coudé peut être poussée entre le plancher et les limites inférieures de la tumeur et, en la ramenant fortement en avant, nous réussimes à produire un déplacement total du néoplasme. Nous réussîmes alors à saisir solidement ce dernier à l'aide d'une double curette de Krause, montée également sur un manche coudé et exerçant un mouvement de traction combiné avec un mouvement de torsion, nous eûmes la satisfaction d'amener au dehors une masse ne mesurant pas moins que les dimensions d'une grosse prune, mais d'une forme absolument irrégulière et défiant toute comparaison.

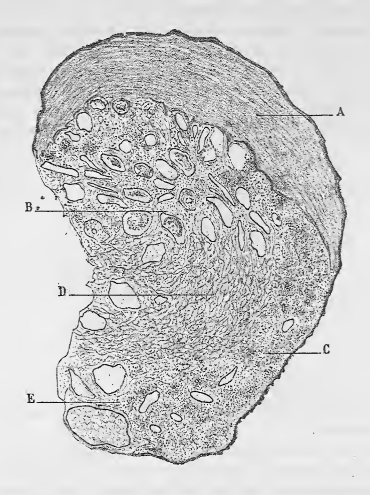
Malgré notre empressement à tamponner la fosse nasale, l'hémorrhagie qui accompagna cette dernière manœuvre fut si profuse que le jeune homme tomba dans un état demi-syncopal et dut être en toute hâte placé la tête en bas.

Le jour suivant, nous trouvâmes notre opéré en grande partie remis de l'état de faiblesse où nous l'avions laissé. L'exploration de la fosse nasale nous montra celle-ci complètement libre et, comme il ne restait aucun vestige du néoplasme, nous ne pûmes que soupçonner, étant donnée l'extrême béance du méat moyen, que c'était à ce niveau qu'il avait eu son insertion.

Suivant cette supposition nous jugeâmes prudent, avant de congédier le malade, de pratiquer une cautérisation énergique de la région en question au moyen d'un couteau de galvano-cautère incliné sur le côté afin qu'il pût bien pénétrer dans toute la profondeur du méat. Cette opération complémentaire avait été rendue très supportable, grâce à l'application préalable dans cette région d'un tampon d'ouate imprégné d'une solution de cocaïne à 1 pour 5.

M. D... nous quitta le lendemain avec la promesse de revenir se soumettre à notre examen deux ou trois mois plus tard.

Cependant la tumeur extraite avait été envoyée à M. le D[r] Gombault qui ne tardait pas à nous envoyer le résultat de son examen histologique en y joignant des dessins explicatifs que nous sommes heureux de pouvoir reproduire ici.



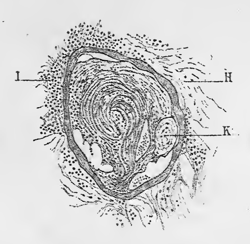
Examen histologique. — Le dessin 1 représente une coupe d'ensemble. Le revêtement épithélial, figuré à la surface par une ligne épaisse et plus noire, est assez difficile à voir et très modifié. Il est représenté par des cellules petites et presque rondes, disposées sur plusieurs rangs.

Au-dessous, dans toute la partie A, une couche très épaisse formée par des cellules rondes très serrées les unes contre les autres, englobées dans un réseau de fibrine. Il s'agit là d'une sorte de fausse membrane en partie nécrosée, sous-épithéliale, et ne recouvrant qu'une partie de la tumeur.

Cette dernière est à proprement formée par les portions B C D E. Comme elles ne présentent pas exactement la même structure, elles doivent être décrites séparément.

La partie B renferme un grand nombre de cavités de forme et de dimensions variées. Ce sont des orifices vasculaires.

Quelques-uns sont vides ; le plus grand nombre est rempli par un caillot leucocytique non figuré ici. D'autres enfin sont occupés par une production organisée, véritable bourgeon parti de la paroi et creusé de lacunes souvent remplies de sang ou de leucocytes.

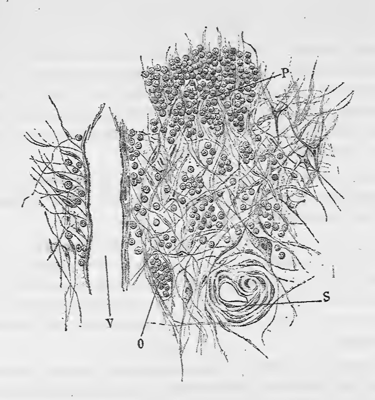


Le dessin n° 2 représente un de ces vaisseaux à un grossissement moyen.

On peut voir que la paroi du vaisseau est conservée et d'aspect à peu près normal. En dehors de cette paroi, on trouve en H du tissu muqueux à peu près pur, en I des nappes de cellules rondes infiltrées dans un tissu fibrillaire dont elles masquent les détails. En dedans de la paroi on trouve le bourgeon et ses lacunes remplies de sang et de leucocytes. Ce bourgeon est formé par un enroulement de fibrilles et de cellules fusiformes mélangées à une quantité plus ou moins grande de cellules rondes.

Il en résulte la formation de tourbillons limitant souvent un petit orifice vasculaire, comme en S de la figure 3. Ces bourgeons sont donc bien sarcomateux, mais susceptibles d'une organisation plus élevée, car en K du dessin 2 est figuré un nodule véritablement fibreux.

Dans toute cette portion B de la figure 1, la paroi des vaisseaux de calibre est bien distincte et adulte comme structure ; sur quelques-uns cependant, cette paroi est infiltrée de cellules rondes. Quant au tissu intermédiaire aux vaisseaux, il est fait à peu près sur le même type que dans la partie C.



Dans le dessin 3, se trouvent réunis les principaux détails de structure relatifs à la constitution de cette partie C ; le dessin est donc quelque peu schématique sans cesser pourtant d'être exact.

En V est un vaisseau à paroi normale et, à sa gauche, du tissu myxomateux à peu près pur. A droite est figuré le même tissu avec des cellules rondes peu nombreuses. Un peu plus loin, les cellules fusiformes deviennent plus nombreuses et parmi elles il

en existe de très volumineuses. Ces cellules s'enroulent de façon à former la paroi de vaisseaux de petit calibre (S). En même temps des fibrilles très nombreuses se mélangent aux cellules fusiformes et constituent de véritables faisceaux circonscrivant des mailles de calibre variable.

La partie E du dessin 1 ne diffère de la précédente que par la présence d'hémorrhagies interstitielles abondantes. Les quelques vaisseaux qu'elle renferme sont très dilatés et remplis de globules rouges.

Quant à la partie D, elle figure une sorte de réseau à mailles plus ou moins larges, constitué par des faisceaux de fibrilles très raides s'entrecroisant et circonscrivant des espaces remplis par de la fibrine fibrillaire. Ce tissu, dépourvu de cellules rondes, se continue sans interruption avec les parties voisines. On voit alors réapparaître progressivement dans les travées les noyaux des cellules fusiformes, et dans les mailles, une infiltration leucocytique plus ou moins abondante.

C'est donc le même tissu que dans le reste de la tumeur, mais modifié par une infiltration de fibrine dans ses mailles et par la nécrose des éléments cellulaires.

La première conclusion à tirer de cette longue description, c'est que nous avons affaire presque à coup sûr ici à une tumeur enflammée. Nous n'en voulons pour preuve que la présence de l'exsudat fibrineux noté à la surface et dans une grande partie de la profondeur et l'obstruction de la plupart des vaisseaux par des leucocytes.

Ajoutons à ces raisons l'infiltration du tissu par des cellules rondes qui, à en juger par la facilité avec laquelle on les enlève au moyen du pinceau, ne doivent pas être considérées comme faisant corps avec lui.

La tumeur est constituée essentiellement par des cellules conjonctives, fusiformes pour la plupart, et par des fibrilles isolées ou réunies en faisceaux. Il est même évident que, sur bien des points, les fibrilles ne sont autre chose que le prolongement des cellules fusiformes,

Fibrilles et prolongements cellulaires affectent les directions les plus variées et forment un feutrage très compliqué, lâche par places, très serré ailleurs.

Au voisinage des gros vaisseaux, elles s'orientent perpendiculairement ou obliquement à leur direction, et vont s'insérer sur leur paroi, laquelle est bien souvent une paroi normale. En conséquence, la structure du tissu ne diffère pas essentiellement de celle du tissu muqueux, et, là où les interstises sont comblés par de la substance muqueuse, on a bien réellement affaire à un myxome, d'autant plus que les fibres élastiques n'y font pas complètement défaut. Toutefois, les portions vraiment myxomateuses sont rares. Dans la plus grande partie de la tumeur, la substance muqueuse fait défaut, les fibrilles deviennent extrêmement abondantes, les cellules diffèrent du type ordinaire soit par leur forme (cellules fusiformes et non plus étoilées), soit par leurs dimensions considérables, soit enfin par leur mode d'arrangement, comme lorsqu'elles s'enroulent pour constituer la paroi des vaisseaux de petit calibre.

La tumeur passe donc par la série des modifications qui viennent d'être énumérées de la structure du myxome à celle du sarcome fuso-cellulaire, mais un grand nombre de details caractéristiques s'opposent à ce qu'on le qualifie sarcome fasciculé.

Il s'agit, en résumé, d'une tumeur conjonctive, myxome enflammé, en pleine transformation sarcomateuse active. Ces constatations histologiques rapprochées de la marche clinique, obligent évidemment à un pronostic très réservé.

Comme on peut bien le penser, la lecture de la note précédente ne nous laissait qu'un espoir bien faible, à l'égard de la possibilité d'une guérison définitive réalisée par notre intervention. Aussi, nous ne crûmes pas devoir dissimuler nos appréhensions au père du malade, et nous lui communiquâmes notre intention de confier à quelque chirurgien de nos amis, le soin d'une intervention plus radicale, après ouverture préliminaire de la cavité nasale, dans le cas d'une récidive nasale.

Quand nous revîmes le jeune homme, le 12 février de cette année, nous constatâmes que la tumeur s'était reproduite ; mais,

comme ses dimensions très limitées n'allant pas jusqu'à oblitérer la cavité nasale permettaient une exploration complète de cette dernière, nous pûmes nous rendre compte, cette fois, que le néoplasme était implanté dans la profondeur du méat moyen.

Nous procédâmes comme la première fois et réussîmes sans difficulté à extraire la totalité de la tumeur au moyen de l'anse froide, et à arrêter l'abondante hémorrhagie qui se produisit immédiatement au moyen d'un tamponnement rapide du méat moyen.

Le lendemain, la région d'implantation de la tumeur fut curettée et touchée avec le galvano-cautère.

Il était du plus haut intérêt de savoir si la tumeur en se reproduisant avait conservé ses caractères primitifs, ou si elle tendait à évoluer dans le sens de la transformation sarcomateuse. Aussi priâmes-nous M. le Dr Gombault de vouloir bien encore nous donner son opinion sur la structure du dernier néoplasme extirpé. Sa réponse fut la suivante :

« ..... La tumeur est formée par un tissu de nature conjonctive, renfermant des vaisseaux à parois absolument distinctes. Par places ce tissu esf du tissu muqueux absolument pur. Plus souvent il est modifié, les fibrilles devenant très nombreuses, se groupant en faisceaux lâches et circonscrivant des aréoles remplies de liquide coagulé et de nombreuses cellules rondes ; mais ce qui est remarquable, c'est que ces fibrilles sont pour une bonne part des ptolongements de cellules fusiformes analogues à celles du myxome, mais beaucoup plus nombreuses et plus volumineuses. En un mot, la tumeur en se reproduisant semble évoluer dans le sens du sarcome, mais, contrairement à ce que j'aurais cru, du sarcome à cellules allongées ou fuso-cellulaires. Cependant elle diffère encore du sarcome par un bon nombre de caractères importants, puisque les vaisseaux ne font pas corps avec le tissu de la tumeur et puisque les travées que forment les cellules et leurs prolongements circonscrivent des espaces qui ne logent que des cellules libres. *A tout prendre, s'il faut absolument mettre une étiquette sur ce cas difficile, je crois qu'il faut encore l'appeler myxome.* »

Au commencement du mois de mai dernier, le malade vint pour la troisième fois se soumettre à notre examen. Nous constatâmes une nouvelle récidive de sa tumeur, mais beaucoup moins prononcée que la fois précédente, car tout se réduisait à un bourgeon de la grosseur d'une noisette paraissant inséré profondément sur la face supérieure du cornet inférieur. Cette masse fut extraite comme les précédentes, mais elle fut malheureusement égarée et ne put être examinée au microscope.

Le siège d'implantation fut soigneusement curetté le jour suivant.

M. D... est enfin revenu nous voir le 12 septembre de cette année. Son état général était comme d'ordinaire excellent. Nous eûmes en outre, cette fois, la satisfaction de constater que sa cavité nasale était indemne de toute récidive.

RÉFLEXIONS

Malgré les obscurités qui l'enveloppent, cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue et digne d'être publiée.

Nous avons eu assurément affaire dans cette circonstance à une variété de tumeur nasale rare et impossible à caractériser par une simple dénomination.

S'il nous est permis de donner ici notre propre impression, en faisant intervenir les données de l'observation clinique à côté des renseignements fort incertains fournis par l'histologie, nous avouerons ne pas croire que nous ayons eu affaire à un néoplasme malin, à un véritable sarcome à proprement parler. Nous avons eu assez souvent l'occasion d'observer des sarcomes typiques des cavités nasales pour saisir les nuances qui séparent ces cas de celui que nous venons de décrire.

Cliniquement la tumeur en question ne nous donna tout d'abord l'impression de la malignité que par suite des deux particularités suivantes : sa facilité à saigner, son immobilité.

Or, la première est loin d'être l'apanage des tumeurs cancéreuses, et quant à la seconde, nous pûmes nous rendre compte ultérieurement qu'elle n'avait pas du tout la signification que nous

lui prêtions : Elle n'était pas effectivement le résultat d'adhérences multiples et étendues du néoplasme aux parois nasales, mais simplement l'effet de son enclavement dans la fosse nasale où il se trouvait tout à fait à l'étroit.

Dès lors le signe *immobilité* perdait toute sa valeur au point de ve de la malignité.

Nous avions affaire à une tumeur primitivement pédiculée et mobile, et secondairement immobilisée par le fait de son grand développement.

En somme, nous croyons qu'il s'est agi ici d'un myxome développé, comme cela s'observe presque toujours, dans la profondeur du méat moyen, mais à une variété rare de ce genre, de néoplasmes se distinguant des myxomes ordinaires par un développement anormal de l'élément vasculaire, d'où l'abondance et la facilité des hémorrhagies à chaque tentative d'extraction, et par une tendance sur certains points au développement des éléments fuso-cellulaires, sans que nulle part (M. Gombault l'exprime nettement) il existât à proprement parler du tissu sarcomateux.

Ce cas nous enseigne peut-être à ne pas nous hâter de songer à des opérations dites de *grande chirurgie* en vue d'extraire des tumeurs nasales dont la malignité n'est pas absolument démontrée ; il nous montre, qu'avant d'en venir là, et sans tomber dans l'excès d'une temporisation fâcheuse, il est indiqué de tenter d'arriver à un résultat radical par la méthode rhinoscopique et que ces tentatives peuvent être avantageusement répétées quand les récidives ne se reproduisent que sous une forme décroissante.

Nous tenons à insister en terminant sur les excellents services que nous a rendus le curettage appliqué à la cure radicale des myxomes nasaux, non seulement dans ce cas où une guérison définitive paraissait particulièrement difficile à obtenir, mais encore dans le traitement des polypes muqueux en général.

Depuis plusieurs mois nous tendons à renoncer de plus en plus dans l'espèce à l'emploi du galvano-cautère dont nous avions cru jusque-là devoir faire suivre toute extirpation de polypes.

Indépendamment des phénomènes réactionnels très pénibles éprouvés les jours suivants par les opérés, indépendamment des inconvénients résultant du gonflement consécutif de la muqueuse

qui, durant plusieurs semaines s'oppose à l'inspection de la région que l'on voudrait surveiller, nous avions été frappé de l'inefficacité trop fréquemment constatée de cette méthode. Aussi avons-nous tenté de lui substituer l'emploi de la curette et jusqu'ici le résultat obtenu a paru justifier notre attente.

A cet effet, nous avons fait construire par M. Mathieu, des curettes fenêtrées montées sur un manche coudé et légèrement oourbées à trois centimètres de leur extrémité, à droite ou à gauche, suivant le côté à opérer, de façon que l'instrument puisse atteindre la partie la plus profonde du méat moyen où se dissimule habituellement le tissu myxomateux qui a échappé à l'anse.

Précédée d'un tamponnement de la région en question avec de l'ouate imprégnée d'une solution de cocaïne à 1 pour 5, cette opération est facilement supportée. Il est bon d'être averti que si les masses myxomateuses ainsi éliminées échappent le plus souvent à la vue, cela tient à ce que la curette en vidant le liquide qui les distendait, les réduits à des fragments imperceptibles.

L'hémorrhagie assez abondante qui se produit sur le moment est facilement arrêtée au moyen d'un tamponnement iodoformé de la région du méat moyen qui doit être immédiatement pratiqué sous le contrôle du miroir. Bien limité au méat le tampon ne gêne pas la respiration et peut être gardé un ou deux jours. Quand on l'enlève, on peut se rendre compte du résultat obtenu et procéder, si besoin est, à une seconde intervention.

Le Président lit une lettre de démission de M. Madeuf.

La démission de M. Madeuf est acceptée.

Séance du 1er Décembre 1893

Présidence de M. Lœwenberg

Coup de feu dans l'oreille droite

OBSERVATION

Par le Docteur MÉNIÈRE, Médecin-adjoint des Sourds-Muets.

Le 19 mars 1892, un jeune homme de vingt ans se tira un coup de révolver dans l'oreille droite, le canon introduit dans la conque. La balle était du calibre de 9^{mm}.

Presque immédiatement deux personnes vinrent au secours du blessé, qui avait perdu connaissance. Un médecin appelé, arriva vingt minutes après l'accident, et constata un écoulement de sang par l'oreille et par la bouche. La balle fut retrouvée au milieu des matières sanguinolentes vomies sur le lit. Il existait de la paralysie faciale. Le projectile n'était pas entier, il portait sur un point de sa snrface, une large perte de substance.

L'oreille ne fut pas examinée, et le seul traitement consista en injections boriquées chaudes. Les suites furent assez bénignes, malgré la fièvre observée durant les trois ou quatre premiers jours.

Le 2 avril (13 jours après l'accident) je fus appelé pour donner mon avis. La déviation de la joue, à gauche, est très marquée, et la parole un peu embarrassée du fait de la paralysie faciale.

Le blessé est dans son lit, sans fièvre et son état ne me paraît pas indiquer un danger immédiat.

L'entrée du conduit, qui n'a jamais présenté de traces de déchirure, ainsi que les médecins l'avaient constaté au début, est noire et comme tatouée par la poudre.

A l'otoscope, le conduit auditif est noirci, et présente une forme conique à base interne. La portion fibro-cartilagineuse a éclaté sous la pression des gaz.

Tout au fond, en arrière, on aperçoit la caisse. Le tympan n'est plus représenté que par quelques lambeaux noirâtres adhérents au cercle tympanal.

Un peu plus en avant et en bas, les tissus sont déchiquetés, noircis, et on voit une solution de continité anfractueuse, assez étendue.

Lorsque je fis un abondant lavage d'eau coaltarisée, un peu de liquide passa par l'arrière-gorge, et fut craché par le malade.

Le projectile était sorti par le pharynx nasal et avait été rejeté par la bouche. Je jugeai inutile à ce moment de chercher à me renseigner plus exactement sur les désordres qu'avait pu produire la balle.

Au point de vue sentoriel, voici le résultat de mon exploration.

Le diapason placé dans le sommet du crâne était perçu sans latéralisation de maximum.

Le maximum passait à droite, lorsque je fermais l'oreille droite avec le doigt.

La transmission osseuse était normale avec le diapason en vibration sur l'apophyphe mastoïde et sur la bosse frontale à droite. Enfin la voix haute était entendu à 4^m.

Le traitement consista en injections antiseptiques, avec pansement humide sur la région, et enveloppement avec le coton boriqué.

Quelques jours après, le jeune homme se levait, puis venait habiter Paris. Je le voyais deux fois par semaine. Le conduit auditif se cicatrisait, dans sa profondeur, mais en se rétrécissant. Un stylet introduit doucement, permettait de sentir quelques points osseux dénudés. La suppuration était peu abondante.

Vers la fin de mai, le blessé s'absenta pendant un mois.

A son retour, je constatai que le conduit était en partie comblé par du tissu cicatriciel. Une fistule de 1 m/m à peine, existait, à la partie postéro-inférieure du méat. Le stylet pénétrait peu profondément. L'écoulement séro-purulent, sans odeur, était léger. L'audition de la parole avait diminué, et les mots à voix haute n'étaient plus entendus qu'à 2^m.

Le jeune homme partit aux colonies. Il y est mort il y a six mois, emporté par une affection aiguë du foie.

J'ai appris quelque temps avant, que l'oreille était absolument fermée par la cicatrice.

RÉFLEXIONS

Il existe dans la science un assez grand nombre d'observations de coups de feu dans l'oreille, et les cas où le projectile s'est arrêté dans le rocher, sans causer la mort, ne sont pas très rares. Berger en a cités plusieurs.

Le fait que je viens de rapporter présente des particularités intéressantes.

L'éclatement du conduit n'a rien qui doive surprendre ; mais, il est extraordinaire qu'une balle de 9 m/m traverse la région, en détruisant le facial, puis frôle sans le blesser le paquet vasculaire, et ressorte enfin dans le pharynx nasal sans causer de lésions plus sérieuses.

Ce qui me paraît important à noter, c'est l'absence de répercussion grave sur l'oreille interne. La pression des gaz a été assez forte pour faire éclater le conduit et le tympan ; mais là se sont arrêtés les désordres. L'appareil récepteur était resté indemne.

Je ferai remarquer en terminant que la cicatrisation de la plaie a produit la fermeture complète du conduit auditif.

Elections du Bureau pour l'année 1894 :

M. Ménière est élu vice-président ;

M. Marage est nommé trésorier ;

MM. Saint-Hilaire et Bonnier sont maintenus dans leurs fonctions de secrétaire général et de secrétaire annuel.

Le Secrétaire-général,

Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
HAMON DU FOUGERAY, du Mans.
JOAL, du Mont-Dore.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort.
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone.
TOBOLD, de Berlin.